

LANE

MEDICAL



LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152015_0013

10 fasc
XLI
2
FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

POUR LE

224
1 47
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Nicolas SOUYOULDJIS

Né le 30 mars 1902 à Mytilène (Grèce)

ÉTUDE STATISTIQUE
SUR LA BASIOTRIPSIE

(Série continue de 198 observations
tirées des Archives de la Clinique Baudelocque)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1928

525

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Nicolas SOUYOULDJIS

Né le 30 mars 1902 à Mytilène (Grèce)

ÉTUDE STATISTIQUE
SUR LA BASIOTRIPSIE

*(Série continue de 198 observations
tirées des Archives de la Clinique Baudelocque)*

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1928

LAIR LIBRARY

I. — PROFESSEURS

MM.

Hydrologie thérapeutique et climatologie	VILLARET.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médecine-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.

BIBLIOTHÈQUE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BROcq . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.

MM.

HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ(Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

MM.

RETERER . . . Histologie.
 TANON . . . Pathologie médicale.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	} Clinique chirurgicale.	GOUGEROT . . .	} Clinique médicale.
AUVRAY . . .		LERI	
CHEVASSU . . .		MOCQUOT . . .	
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	} Clinique chirurgicale.
LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ . . .	
LEREBoullet . . .	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Qu'il trouve ici un faible témoignage
de ma profonde affection.*

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous désigner ce
sujet, et nous a fait l'honneur d'ac-
cepter la présidence de notre thèse.*

*Qu'il veuille bien agréer l'hommage
respectueux de notre profonde re-
connaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOMME

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

*Il nous aida de ses conseils précieux,
dans la préparation de notre thèse.
Nous lui exprimons notre sincère gra-
titude,*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

À MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

Afin d'apprécier à leur exacte valeur les méthodes chirurgicales d'évacuation de l'utérus après mort de l'enfant et d'en fixer les indications, il serait utile de connaître les pronostics que comportaient les méthodes anciennes, et d'examiner en particulier si les facteurs (infection intra-partum surtout), qui font la gravité des opérations abdominales, sont aussi des facteurs de gravité dans les opérations par voie basse. C'est dans ce but que nous avons établi la statistique en série continue des basiotripsies faites à la clinique Baudelocque.

En dépouillant les archives de 1891 à 1925, abstraction faite de la période de la guerre, que nous avons éliminée volontairement, nous avons trouvé 205 observations de basiotripsie. Mais nous ne tiendrons aucun compte de 7 d'entre elles, parce qu'elles sont insuffisamment documentées. Notre statistique portera donc sur 198 observations.

Ces 198 cas se répartissent ainsi : 143 pour la période d'avant guerre, (1891-1914) sur un nombre de

59.420 accouchements (à la Clinique et chez les sages-femmes agréées), 55 pour celle d'après guerre (1919-1925) sur un nombre de 21.428 accouchements.

Le nombre des morts est de 14. Dans la première tranche, 7 femmes sur 143 ont succombé ; dans notre deuxième tranche, nous trouvons aussi 7 décès. Nous rapporterons *in-extenso* à la fin de notre travail les observations de ces femmes. Nous remarquons immédiatement qu'un certain nombre concernent des malades amenées à la clinique dans un état très grave.

Nous étudierons successivement :

1° Les indications opératoires.

2° Les conditions cliniques préopératoires (infection, état de l'utérus, difficultés techniques).

Etude Statistique

CHAPITRE PREMIER

INDICATIONS DE L'INTERVENTION

L'indication d'une opération comme la basiotripsie, est toujours faite d'éléments multiples, de telle sorte, qu'il est malaisé de classer les observations d'après les causes, qui ont motivé l'opération.

Cependant la lecture des observations conduit presque toujours à reconnaître l'existence d'une dystocie initiale, plus ou moins compliquée secondairement, suivant les circonstances. Nous avons retenu surtout la dystocie initiale pour grouper nos observations en tenant compte cependant du fait, qu'une complication secondaire a pu être le réel motif de l'opération. Nos observations ont été réparties en trois groupes.

PREMIER GROUPE : Basiotripsie pratiquée pour obstacle mécanique. Ces cas très nombreux comprennent tous les bassins viciés, quelques cas d'enclavement de la

tête dans l'excavation, un cas exceptionnel de fibrome du segment inférieur.

2^e GROUPE : Basiotripsie pratiquée pour assurer l'évacuation de l'utérus. L'évacuation s'impose parfois d'urgence comme dans les cas d'hémorragie grave, ou d'état pathologique maternel grave.

Parfois, sans urgence immédiate, elle finit par s'imposer en présence d'accidents d'infection, coexistant ou non, avec une anomalie de la contractilité utérine.

3^e GROUPE : Basiotripsie pratiquée, comme opération complémentaire.

Dans ce groupe, nous classons les basiotripsies exécutées après version podalique, extraction du siège, ou embryotomie.

Il est certain que cette classification est arbitraire et que plusieurs cas peuvent être placés dans l'un ou l'autre, ou dans plusieurs groupes à la fois.

Nous les avons toujours classés dans le groupe de la dystocie prépondérante.

PREMIER GROUPE. — Basiotripsies pratiquées pour obstacle mécanique

Sur le total de 198 observations nous en avons classé 124 dans ce groupe (90 et 34) (1).

(1) Les chiffres mis entre parenthèses indiquent : le premier le nombre d'opérations pratiquées avant 1914, le second le nombre d'opérations depuis 1919.

La dystocie mécanique fut : 81 fois, une dystocie pelvienne, la tête étant arrêtée au D. S., 41 fois, un enclavement de la tête dans l'excavation, 1 fois, une présentation du front et 1 fois un fibrome du segment inférieur.

A. VICIATION PELVIENNE. — La viciation pelvienne était :

a) La seule cause de dystocie dans 77 cas (59 et 18).

La basiotripsie a été pratiquée 68 fois, sur la tête première et 9 sur la tête dernière.

Deux femmes ont succombé.

b) La viciation pelvienne était associée à une autre cause de dystocie dans 4 cas (3 et 1). Dans un de ces cas, le bassin était associé à un placenta bas inséré, dans les trois autres à une présentation du front. Sur ces 4 cas nous relevons 2 morts (1 et 1). Ce n'est que dans un certain nombre de cas seulement, que nous avons pu déterminer la forme du bassin.

7 d'entre eux étaient généralement rétrécis, 2 annelés, 7 canaliculés, 1 plat, 1 cyphotique, 4 obliques ovalaires, 1 spondylolisthésique, 1 enfin était vicié par une fracture ancienne.

B. ENCLAVEMENT DE LA TÊTE. — Sur les 41 cas d'enclavement de la tête, nous en trouvons 26 dans la première période et 15 dans la seconde. 35 fois, on a noté une présentation du sommet, sans autre remarque. 3 fois une présentation du front et 3 fois une présentation de la face. Dans un certain nombre de cas existait de l'œdème du col. Cet œdème dans quelques observations a été la cause déterminante de l'opération.

Trois femmes sur 41 sont mortes (1 et 2).

C. PRÉSENTATION DU FRONT. — Dans 1 cas, l'obstacle paraît avoir été représenté, par une présentation du front bloqué au D. S., le bassin étant normal.

La femme mourut.

D. FIBROME DU SEGMENT INFÉRIEUR. — Dans 1 cas, appartenant à la première période, l'obstacle mécanique était constitué par un fibrome du segment inférieur.

Au total sur les 124 cas de ce groupe, nous trouvons 8 cas de mort ainsi répartis : 4 décès dans la période d'avant-guerre sur 90 observations, et 4 également dans la période d'après guerre, mais sur 34 observations.

II^e GROUPE. **Basiotripsies pratiquées pour assurer l'évacuation de l'utérus**

Dans ce groupe nous avons classé 52 cas (40 et 12).

Dans 24 de ces cas, l'évacuation s'imposait d'urgence par une complication pathologique de la parturition.

Dans 28 autres, l'évacuation a été rendue nécessaire par l'existence d'une infection, ou d'une anomalie de la contractilité utérine.

A. EVACUATION RAPIDE POUR COMPLICATION PATHOLOGIQUE.

a) Pour hémorragie. Dans 22 cas (17 et 5) l'évacuation rapide fut indiquée par l'existence d'une hémorragie grave liée à une insertion vicieuse du placenta.

Deux femmes moururent (1 et 1).

b) Pour état pathologique maternel. Dans 2 cas appartenant à la première période, l'évacuation fut pratiquée

par suite de l'existence d'une hémorragie rétroplacentaire. Les deux femmes survécurent.

B. L'ÉVACUATION DE L'UTÉRUS ÉTAIT RENDUE NÉCESSAIRE.

a) Par l'existence d'une infection. Dans 8 cas (3 et 3), l'infection à elle seule indépendante d'une dystocie connue, a été la raison immédiate de la basiotripsie. Trois femmes succombèrent (1 et 2).

b) Par un trouble de la contractilité utérine. Dans 20 cas, le motif de la basiotripsie, a été un trouble de la contractilité utérine, le muscle se montrant impuissant à assurer seul, dans des délais raisonnables l'expulsion du fœtus. Dans 3 de ces cas, il s'agissait d'un utérus fibromateux, dans 3 autres d'une malformation utérine. 10 fois on a noté l'existence d'une contracture utérine. 4 fois l'insuffisance musculaire ne semble pas liée à une cause évidente.

Toutes les femmes survécurent.

Au total sur les 52 cas de ce groupe, nous trouvons 5 cas de mort ainsi répartis : 5 décès dans la première période, sur 40 observations, 3 dans la seconde sur 12 observations.

III^e GROUPE. Basiotripsies pratiquées, à titre d'opération complémentaire

Dans ce groupe nous avons classé 22 cas (13 et 9).

A. APRÈS VERSION PAR MANŒUVRES INTERNES. — Nous avons relevé 6 cas de basiotripsies pratiquées sur la

tête dernière après version interne (3 et 3). Les 6 femmes survécurent.

B. APRÈS EXTRACTION DU SIÈGE. — Dans 9 cas (6 et 3) la basiotripsie a été pratiquée sur la tête dernière après extraction du siège. Une femme mourut (1 et 0).

C. APRÈS EMBRYOTOMIE. — Dans 7 cas enfin (4 et 3), la basiotripsie a été pratiquée pour extraire la tête après embryotomie rachidienne.

Sur les 22 observations de ce dernier groupe, nous ne trouvons donc qu'un décès (dans la première période).

•

•

CHAPITRE II

CONDITIONS CLINIQUES PRÉOPÉRATOIRES

Afin de [pouvoir comparer les résultats de l'évacuation utérine par basiotripsie, avec les résultats obtenus par les autres méthodes nous avons adopté en la modifiant légèrement la classification déjà suivie par Sureau (1) et par Henriot (2) dans leurs thèses.

Nous avons donc classé nos observations en 3 groupes, suivant le degré supposé de l'infection, en faisant les mêmes réserves que Sureau et Henriot sur les difficultés de cette appréciation. Nos 3 groupes sont superposables aux 3 groupes distingués par Sureau. Nous avons cru devoir ajouter un 4^e groupe distinct des 3 précédents, où nous rangerons les opérations pratiquées chez des femmes en état d'anémie grave survenue à la suite d'hémorragie importante.

(1) SUREAU : *L'opération césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus*, Paris 1927 (Arnette, éditeur).

(2) HENRIOT : *Etude de la césarienne transpéritonéale basse*. Statistique de la clinique Baudelocque, Paris 1927 (Arnette, éditeur).

I^{er} GROUPE. — Cas favorables. Dans les cas de ce groupe, il n'y avait aucun signe clinique d'infection, les membranes étaient rompues depuis un temps court, l'état général était bon.

II^e GROUPE. — Cas défavorables (infection cliniquement légère). Dans les cas de ce groupe les conditions étaient moins favorables, par l'ouverture précoce de l'œuf, par la durée plus longue du travail. Mais la température était au-dessous de 39°, le pouls au-dessous de 120. Le liquide amniotique non fétide et l'état général respecté.

III^e GROUPE. — Cas graves (infection sévère). Dans les cas de ce groupe les conditions étaient franchement mauvaises.

La température était au-dessus de 39°, le pouls au-dessus de 120. L'état général était altéré, par l'infection.

IV^e GROUPE. — Basiotripsies pratiquées chez des femmes en état d'anémie aiguë.

I^{er} GROUPE. — Cas favorables

Sur 198 observations nous en avons trouvé 51, dans lesquelles les conditions préopératoires étaient favorables (42 et 9). Aucune femme n'est morte. Avant de rapporter les résultats nous donnerons d'abord les principaux éléments des observations, permettant de préciser les conditions opératoires.

A. TEMPS DE RUPTURE DES MEMBRANES AVANT L'INTERVENTION. — Sur ces 51 cas, les membranes étaient rompues depuis :

12 heures ou moins de 12 heures, 38 fois (31 et 7) ;

De 12 heures à 24 heures, 3 fois (3 et 0) ;

Depuis un temps inconnu, 10 fois (8 et 2).

B. DURÉE DU TRAVAIL AVANT L'INTERVENTION. — La femme était en travail depuis :

12 heures ou moins de 12 heures, 32 fois (25 et 7) ;

De 12 à 24 heures, 8 fois (7 et 1) ;

De 24 à 36 heures, 5 fois (4 et 1) ;

De 48 à 60 heures, 1 fois (1 et 0) ;

Depuis plus de 3 jours, 1 fois (1 et 0) ;

Depuis un temps inconnu, 4 fois (4 et 0).

C. DILATATION AU MOMENT DE L'INTERVENTION. — La dilatation du col au moment de l'intervention était :

a) *Complète* : 23 fois (19 et 4) ;

b) *Incomplète* : 28 fois (23 et 5). Voici quel était le degré de la dilatation dans ces 28 cas :

Grande paume 6 fois (5 et 1) ;

Petite paume, 9 fois (6 et 3) ;

5 francs, 3 fois (3 et 0) ;

Inconnue, 40 fois (9 et 1).

D. CONDITIONS TECHNIQUES. — L'opération a été effectuée sans difficultés, 41 fois (35 et 6). Par contre 10 fois elle a été laborieuse (7 et 3).

Dans 24 cas (20 et 4), la basiotripsie a été la seule et unique intervention.

Dans 27 cas, elle a été précédée d'autres interventions, ou manœuvres (22 et 5).

En effet la basiotripsie a été pratiquée ;

3 fois, après pose d'un ballon (2 et 1).

7 fois, après tentatives d'application de forceps (6 et 1).

11 fois, sur la tête dernière après version interne ou extraction du siège (9 et 2).

5 fois, sur la tête libre après embryotomie (4 et 1).

1 fois, on a pratiqué plusieurs tentatives de basiotripsie (1 et 0).

E. RÉSULTATS DE L'OPÉRATION ET SUITES DE COUCHES, — Dans ce 1^{er} groupe de 51 cas, les suites ont été :

a) Apyrétiques 39 fois (32 et 7).

b) Légèrement fébriles 10 fois (8 et 2).

c) Franchement pathologiques 2 fois (2 et 0).

Obs. 2139 (1894). Température au-dessus de 39°. Lochies fétides. Deux curettages.

Obs. 566 (1912). Température élevée. Lochies fétides. Phlébite le 19^e jour.

d) Aucune femme, sur les 51 de ce groupe, n'a succombé.

II^e GROUPE. — Cas défavorables

(Infection cliniquement légère)

Dans ce groupe nous classons 67 observations (51 et 16). Dans tous ces cas l'état général était respecté, mais les conditions préopératoires ont été plus défavorables, que dans ceux du 1^{er} groupe.

Une seule femme mourut, parmi les 51 de la première période.

A. TEMPS DE RUPTURE DES MEMBRANES AVANT L'INTERVENTION. — Sur les 67 cas les membranes étaient rompues depuis :

12 heures ou moins de 12 heures, 17 fois (14 et 3).

De 12 à 24 heures, 17 fois (14 et 3). Une femme suc-comba (1 et 0).

De 24 à 36 heures, 6 fois (4 et 2).

De 36 à 24 heures, 4 fois (2 et 2).

Depuis plus de 3 jours, 4 fois (3 et 1).

Depuis un temps inconnu, 19 fois (14 et 5).

B. DURÉE DU TRAVAIL PENDANT L'INTERVENTION. — La femme était en travail depuis :

12 heures ou moins de 12 heures, 15 fois (13 et 2).

De 12 à 24 heures, 17 fois (14 et 3).

De 24 à 36 heures, 3 fois (2 et 1).

De 36 à 48 heures, 14 fois (11 et 3). Une femme suc-comba (1 et 0).

De 48 à 60 heures, 8 fois (5 et 3).

Depuis plus de 3 jours, 7 fois (5 et 2).

Depuis un temps inconnu, 3 fois (1 et 2).

C. DILATATION AU MOMENT DE L'INTERVENTION. — La dilatation était :

a) *Complète* : 25 fois (21 et 4).

b) *Incomplète* : 42 fois (30 et 12). Voici comment sont répartis ces 42 cas :

Grande paume, 8 fois (5 et 3).

Petite paume, 18 fois (11 et 7). Une femme mourut.

5 francs, 6 fois (5 et 1).

Inconnue, 10 fois (9 et 1).

D. CONDITIONS TECHNIQUES. — La basiotripsie a été pratiquée sans grandes difficultés, 50 fois (38 et 12) 17 fois, elle a été laborieuse (13 et 4).

Dans 1 cas la basiotripsie a échoué et on a dû pratiquer successivement, une version interne, une section des membres et enfin une opération de Porro. La femme a survécu. Obs. 1583 (1910).

Dans 32 cas (25 et 7) la basiotripsie a été la seule opération. Une femme, sur ces 32, mourut (1 et 0).

Par contre dans 34 cas la basiotripsie a été précédée d'autres interventions ou manœuvres (25 et 9) :

Elle a été pratiquée :

8 fois, après pose d'un ballon, ou dilatation manuelle (6 et 2).

18 fois, après tentatives d'application de forceps (14 et 4).

6 fois, sur la tête dernière, après extraction du siège, ou version interne (3 et 3).

2 fois après tentatives répétées de basiotripsies (2 et 0).

E. RÉSULTATS DE L'OPÉRATION ET SUITES DE COUCHES. — Sur les 67 cas de ce groupe, les suites ont été :

a) Apyrétiques. 30 fois (26 et 4).

b) Légèrement fébriles. 32 fois (20 et 12).

c) Franchement pathologiques. 4 fois (4 et 0).

Obs. 252 (1894). Température au-dessus de 39°. Lochies fétides. Frissons. Curettage.

Obs. 2139 (1894). Température élevée. Débris fétides, curettage.

Obs. 1444 (1897). Température élevée. Phlébite.

Obs. 600 (1907). Lochies fétides. Ballonnement du ventre. Température élevée.

d) *Cas terminés par la mort.* Il n'y a eu qu'un seul cas de mort (1 et 0).

Obs. 377 (1901). Morte le 19^e jour par embolie pulmonaire.

III^e GROUPE. — Cas graves

(Infection sévère)

Dans 59 cas (34 et 25), la basiotripsie a été pratiquée dans des conditions, que l'on peut considérer comme mauvaises par suite de l'existence d'une infection manifeste et d'un état général altéré. Sur ces 59 cas, 9 se terminèrent par la mort de la femme (4 et 5).

A. TEMPS DE RUPTURE DES MEMBRANES AVANT L'INTERVENTION. — Sur les 59 cas de ce groupe les membranes étaient rompues depuis :

12 heures ou moins de 12 heures, 12 fois (11 et 1).

Une femme a succombé (1 et 0).

De 12 heures à 24 heures, 8 fois (6 et 2).

De 24 à 36 heures; 9 fois (5 et 4).

De 36 à 48 heures 5 fois (2 et 3).

De 48 à 60 heures, 7 fois (3 et 4). Trois femmes moururent (1 et 2).

Depuis 3 jours, 3 fois (1 et 2). Il y a eu un décès (0 et 1).

Depuis plus de 3 jours, 7 fois (2 et 5). Deux femmes ont succombé (0 et 2).

Depuis un temps inconnu, 8 fois (4 et 4). Deux femmes moururent (2 et 0).

B. DURÉE DU TRAVAIL AVANT L'INTERVENTION. — La femme était en travail depuis :

12 heures ou moins de 12 heures, 9 fois (6 et 3).

De 12 à 24 heures, 7 fois (5 et 2). Une femme succomba (1 et 0).

De 24 à 36 heures, 10 fois (7 et 3).

De 36 à 48 heures, 6 fois (4 et 2).

De 48 à 60 heures, 10 fois (6 et 4). Deux femmes ont succombé (1 et 1).

Depuis 3 jours 1 fois (0 et 1).

Depuis plus de 3 jours, 15 fois (6 et 9). 5 femmes succombèrent (2 et 3).

Depuis un temps inconnu, 1 fois (0 et 1). La femme mourut.

C. DILATATION AU MOMENT DE L'INTERVENTION. — Sur les 59 cas de ce groupe la basiotripsie a été pratiquée à dilatation :

a) *Complète* : 14 fois (10 et 4). Quatre femmes ont succombé (2 et 2).

b) *Incomplète* : 45 fois (24 et 21). Cinq femmes ont succombé (2 et 3).

Dans ces 45 cas la dilatation était à :

Grande paume, 10 fois (8 et 2). Une femme mourut (1 et 0).

Petite paume, 14 fois (6 et 8). Une femme succomba (0 et 1).

5 francs, 9 fois (2 et 7). Trois femmes moururent (1 et 2).

Inconnue, 12 fois (8 et 4).

D. CONDITIONS TECHNIQUES. — L'opération a été effectuée sans difficultés dans 33 cas (22 et 11).

Dans 26 cas, elle a été laborieuse (12 et 14).

Dans 27 cas (18 et 9) la basiotripsie a été la seule opération. 4 femmes sont mortes (2 et 2).

Dans 1 cas, elle a été suivie d'une hystérectomie pour rupture utérine. La femme a survécu. *Obs.* 483 (1923).

Dans 31 cas (16 et 15). La basiotripsie a été précédée d'autres interventions ou manœuvres : 5 femmes ont succombé (2 et 3).

En effet elle a été pratiquée :

4 fois, après dilatation manuelle ou pose d'un ballon (3 et 1). Une femme mourut (0 et 1).

13 fois, après tentatives d'application de forceps (7 et 6). Deux femmes moururent (0 et 2).

7 fois, sur la tête dernière après extraction du siège ou version interne (4 et 3). Une femme mourut (1 et 0).

2 fois, après embryotomie (1 et 1).

2 fois, après une craniotomie jugée insuffisante (0 et 2).

3 fois, on a pratiqué plusieurs tentatives de basiotripsie (1 et 2). Une femme a succombé.

E. RÉSULTATS OPÉRATOIRES ET SUITES DE COUCHES. —

Sur les 59 cas de ce groupe les suites ont été :

a) Apyrétiques, 12 fois (9 et 3).

b) Légèrement fébriles, 28 fois (15 et 13).

c) Franchement pathologiques, 10 fois (6 et 4).

1° *Obs.* 332 (1904). Cystite et phlegmon de la paroi vaginale.

2° *Obs.* 1332 (1904). Annexite droite.

3° *Obs.* 1375 (1905). Température élevée au-dessus de 39°. Lochies fétides. Curettages.

4° *Obs.* 570 (1908). Température élevée. Erysipèle.

5° *Obs.* 1496 (1909). Frissons. Ventre ballonné. Phlébite le 41^e jour (?)

6° *Obs.* 566 (1912). Température élevée. Phlébite.

7° *Obs.* 1724 (1921). Température au-dessus de 39°. Lochies fétides.

8° *Obs.* 418 (1922). Météorisme. Température élevée.

9° *Obs.* 1311 (1922). Douleurs abdominales. Température au-dessus de 39°.

10° *Obs.* 483 (1923). Phlébite.

d) Cas terminés par la mort. 9 cas se terminèrent par la mort (4 et 5).

1° *Obs.* 1070 (1899). Femme amenée dans un état grave. Morte 4 h. après l'admission.

2° *Obs.* 1075 (1908). Amenée du dehors, avec des signes d'infection grave. Morte le 2^e jour.

3° *Obs.* 1953 (1908). Morte le 5^e jour de péritonite.

4° *Obs.* 1821 (1909). Morte le 24^e jour d'embolie pulmonaire.

5° *Obs.* 1951 (1920). Morte le 4^e jour de péritonite.

6° *Obs.* 421 (1922). Diverses manifestations d'infection puerpérale. Morte 2 mois après de pleurésie purulente.

7° *Obs.* 834 (1922). Morte le 6^e jour de péritonite.

8° *Obs.* 908 (1923). Morte quelques heures après.

9° *Obs.* 997 (1925). Une heure après l'opération état de shock. Hystérectomie supra-vaginale. Morte le lendemain.

IV^e GROUPE. — Basiotripsies pratiquées chez des femmes en état d'anémie grave

Dans ce groupe nous avons classé 21 cas (16 et 5) 4 femmes ont succombé (2 et 2).

A. TEMPS DE RUPTURE DES MEMBRANES AVANT L'INTERVENTION. — Sur ces 21 cas, les membranes étaient rompues depuis ;

12 heures ou moins de 12 heures, 15 fois (11 et 4). Deux femmes succombèrent (1 et 1).

De 12 à 24 heures, 2 fois (2 et 0). Une femme a succombé.

De 36 à 48 heures 2 fois (2 et 0).

Depuis un temps inconnu 2 fois (1 et 1). Une de ces deux femmes est morte (0 et 1).

B. DURÉE DU TRAVAIL AVANT L'INTERVENTION. — La femme étant en travail depuis :

12 heures ou moins de 12 heures, 5 fois (4 et 1).

De 12 à 24 heures, 5 fois (4 et 1). Une femme a succombé (1 et 0).

De 24 à 36 heures, 3 fois (2 et 1). Deux femmes sont mortes (1 et 1).

De 36 à 38 heures, 2 fois (2 et 0).

Depuis un temps inconnu, 6 fois (4 et 2). Une femme a succombé (0 et 1).

G. DILATATION AU MOMENT DE L'INTERVENTION. — La dilatation au moment de l'intervention était :

a) Complète, 2 fois (1 et 1).

b) *Incomplète*, 19 fois (15 et 4). 4 femmes ont succombé (2 et 2).

Dans ces 19 cas la dilatation était à :

Grande paume, 4 fois (3 et 1).

Petite paume, 3 fois (3 et 0).

5 francs, 7 fois (5 et 2). Deux femmes sont mortes (1 et 1).

Inconnues, 5 fois (4 et 1). Deux femmes également ont succombé (1 et 1).

D. CONDITIONS TECHNIQUES. — L'opération a été facile 6 fois (5 et 1). Elle a été laborieuse 15 fois (11 et 4).

Dans 4 cas (3 et 1) la basiotripsie a été la seule opération. Une de ces 4 femmes mourut (1 et 0).

Par contre dans 17 cas (13 et 4) la basiotripsie a été précédée d'une autre intervention ou manœuvre. Trois femmes ont succombé (1 et 2). La basiotripsie a été pratiquée :

6 fois, après pose d'un ballon (6 et 0).

3 fois, après tentatives d'application de forceps (2 et 1). Une femme a succombé (0 et 1).

3 fois, sur la tête dernière après version interne ou extraction du siège (3 et 0). Une femme a succombé.

1 fois, on avait pratiqué déjà plusieurs applications de basiotribe (0 et 1). 4 fois la femme mourut, après décollement et extraction de placenta (2 et 2),

E. RÉSULTATS OPÉRATOIRES ET SUITES DE COUCHES. — Sur les 21 cas de ce groupe, les suites ont été :

a) Apyrétiques 7 fois (5 et 2).

b) Légèrement fébriles, 9 fois (9 et 0).

c) Franchement pathologiques, 1 fois (0 et 1).

1° *Obs.* 982 (1923). Température élevée. Le 9^e jour, cystite.

d) Cas terminés par la mort. 4 cas sur 21 sont terminés par la mort (2 et 2).

1° *Obs.* 1286 (1891). Femme amenée du dehors exsangue. Morte 1 heure après son admission.

2° *Obs.* 1001 (1895). Morte 24 heures après. Elle avait présenté des signes d'asphyxie pendant l'intervention.

3° *Obs.* 1096 (1919). Anémie grave par hémorrhagies répétées. Morte peu après l'intervention.

4° *Obs.* 342 (1922). Morte brusquement 6 heures après son admission. Elle était amenée dans un état grave.

CHAPITRE III

DÉDUCTIONS PRATIQUES

Cette étude statistique appelle quelques remarques concernant :

1° La modification des indications opératoires à la clinique Baudelocque, au cours de 2 périodes : période d'avant-guerre, période d'après-guerre.

2° Les éléments de pronostic des basiotripsies.

1° Modifications des indications

Il semble que la proportion des basiotripsies par rapport au nombre d'accouchements n'ait pas sensiblement varié, ainsi que l'on aurait tendance à le penser, étant donné la pratique devenue courante de l'opération césarienne dans la période d'après-guerre. La proportion dans les deux périodes est de 2,5 basiotripsies pour 1000 accouchements. Il est vrai que notre statistique s'arrête à 1925, c'est-à-dire à l'époque où la césarienne basse a commencé à entrer dans la pratique courante.

Mais un point semble important à souligner c'est que

l'opération est faite dans la période récente, dans des conditions différentes. Alors qu'auparavant la grande majorité des basiotripsies était faite sur la tête non engagée, nous avons trouvé dans les années d'après-guerre la basiotripsie pratiquée beaucoup plus souvent sur des têtes engagées ou au moins assez descendues pour pouvoir être considérées comme enclavées (15 sur 34 au lieu de 26 sur 90).

En général l'opération a été pratiquée plus tardivement à la suite de l'échec de l'épreuve du travail.

Il en résulte que souvent on est intervenu dans un utérus infecté.

Presque la moitié de nos observations se rangent dans le 3^e groupe des opérations faites dans des conditions défavorables (25 sur 55) l'utérus à ce stade de travail étant souvent contracturé.

Il est probable que c'est là la raison de l'élévation de la mortalité maternelle au cours de la seconde période (7 sur 55 au lieu de 7 sur 143).

Etudions en effet les éléments du pronostic d'une basiotripsie tels qu'ils ressortent de la statistique ci-dessus.

2^o Les éléments de pronostic d'une basiotripsie

Les éléments sont multiples et il est malaisé de donner la démonstration mathématique de l'influence prépondérante de l'un d'eux, car il est vain de vouloir étu-

dier la mortalité en fonction d'un seul facteur, en fonction de l'indication, en fonction des difficultés opératoires par exemple, car chacun de ces facteurs réagit l'un sur l'autre. L'infection, l'état de l'utérus et les difficultés techniques sont inséparables les uns des autres. La lecture de la statistique précédente a pu ainsi montrer en particulier que les difficultés opératoires croissent au fur et à mesure que l'infection augmente puisque nous avons trouvé 10 opérations laborieuses sur 51 dans le 1^{er} groupe, 17 sur 67 dans le second et enfin 26 sur 59 dans le 3^e.

Notre statistique semble démontrer l'importance prépondérante de l'état général de la femme, altéré soit par l'infection, soit par un état d'anémie grave.

1° L'infection. Alors que la mortalité est presque nulle dans les cas où l'infection est latente ou encore légère, elle s'élève à un taux considérable dans les cas d'infection grave (plus de 15 %).

Autant que l'on puisse comparer les procédés opératoires, on peut dire que c'est une mortalité qui se rapproche de celles observées dans les cas où l'évacuation utérine est pratiquée par voie abdominale.

2° L'anémie grave. Nous avons relevé ici une mortalité, qui est de l'ordre de 20 %.

Si on se rapporte à la thèse récente de Mlle BUCSAN (1) on pourra constater que les procédés d'extraction par voie haute dans les cas de ce genre donnent des résultats nettement plus favorables.

(1) Mlle BUCSAN, *Thèse Paris*, 1928.

Nous pouvons ainsi conclure que les éléments qui dominent le pronostic de la basiotripsie, sont les mêmes que ceux qui sont à la base des opérations d'extraction par voie abdominale. Pour autant que des comparaisons soient possibles, il semble que la basiotripsie soit une opération bénigne, là où les autres opérations sont également bénignes. Mais sa gravité est réelle dans les cas infectés ou chez les anémiques comme est réelle dans ces cas la gravité des autres opérations. L'ordre de grandeur de la mortalité est sensiblement la même partout.

Le procédé technique d'évacuation employé semble intervenir dans le pronostic beaucoup moins que la virulence de l'infection.

Opter en faveur de la voie basse, pour évacuer un utérus infecté n'est donc pas opter toujours pour l'opération comportant le moins de risques.

OBSERVATIONS DES CAS TERMINÉS PAR LA MORT

Année 1891. Obs. 1286. — S., 36 ans. Entre le 1^{er} octobre 1891.

III^e pare. Pas de renseignements sur les grossesses antérieures.

Grossesse actuelle.

D. R. ? Elle serait à terme.

Début du travail : Le 1^{er} octobre 1891

Présentation : Sommet.

Engagement : Non effectué.

Bassin : Normal.

Auscultation : Négative.

La femme a présenté des pertes de sang depuis 6 semaines.

Le 1^{er} octobre à 1 heure du matin, la malade s'éveille, elle perd du sang en quantité abondante. Elle fait appeler un médecin, qui lui donne le conseil d'entrer à l'hôpital.

A 16 heures, on amène cette femme en brancard à la clinique. Le facies est décoloré, les muqueuses pâles. La température est de 37°5. Tous les linges de cette malade sont inondés de sang. L'auscultation est nulle.

Au toucher, on trouve le vagin rempli de caillots qu'on retire. Le col est long mais largement dilatable. On tombe immédiatement sur le placenta décollé en partie et recouvrant l'orifice utérin.

On perfore le placenta et les membranes à l'aide du perforateur de Stopfer. On complète la dilatation. Puis on va à la recherche d'un pied et on pratique la version interne. La tête est retenue derrière par le col insuffisamment dilaté. On fait alors une craniotomie simple, qui facilite l'extraction.

Immédiatement après, on extrait le placenta, qui, déchiré, se trouve en partie dans le vagin. On donne une injection intra-utérine.

L'état général de la femme est alarmant. Des accidents syncopaux se reproduisent. 1 heure après, nouvelle hémorragie abondante. On fait du sérum physiologique intraveineux mais la femme succombe à 19 h. 15, 3 heures après son admission.

Année 1895. Obs. 1001. — R., 26 ans. Journalière. Entre au dortoir le 11 juin 1895.

II^e pare. 1^{re} grossesse normale. Accouchement spontané à terme. Présentation du sommet. Fœtus mort, macéré.

Grossesse actuelle.

D. R. du 18 au 21 août 1894 à terme.

Elle a eu une hémorragie peu abondante le 11 juin pour laquelle elle a été admise au dortoir.

Présentation : Sommet.

Engagement : Non effectué.

Position et variété : G. T.

Bassin : Vicié, face antérieure du sacrum accessible.

Diamètre : P. S. P., 10,6.

Auscultation positive. Foyer au dessous de l'ombilic.

Pas d'albumine dans les urines.

Début du travail : Le 17 juin à 9 heures. En même temps il se produit une légère hémorragie qui cède à une injection chaude.

Douleurs irrégulières. A 14 heures, elles deviennent plus régulières et énergiques.

Le sang s'écoule pendant les contractions.

Les bruits du cœur sont toujours perçus. Le col est long mais perméable. La tête est fixée. On sent à droite le placenta.

A 16 h. 25, survient une hémorragie abondante. On procède à la déchirure large des membranes. L'hémorragie s'arrête.

Les contractions sont fréquentes et énergiques.

L'auscultation est toujours positive. Pendant le reste de la journée et la nuit, on ne signale rien de particulier.

La dilatation avance lentement.

Le 18 juin à 11 heures. Auscultation bonne. La dilatation est comme 5 francs. La suture sagittale est appliquée contre la symphyse. Température, 37°7. Pouls à 92. On donne une injection vaginale et on place une mèche de gaze iodoformée dans le vagin.

A 14 heures, la dilatation est stationnaire. Les bruits du cœur sont perçus. Température, 37°8 pouls, à 100 M. Pinard conseille de pratiquer une symphyséotomie et d'attendre.

A 15 h. 30, on donne le chloroforme. La femme est prise subitement de vomissements répétés. Cyanose de la face et des extrémités. Dyspnée violente. Pouls imperceptible. On interrompt l'anesthésie.

En pratiquant l'auscultation, on constate que les bruits du cœur sont modifiés et peu après deviennent faibles et enfin finissent par disparaître.

10 minutes après l'état est amélioré.

On décide alors d'évacuer l'utérus par une basiotripsie. La dilatation est toujours comme 5 francs. On introduit le perforateur et on met en place les deux branches. On exécute les deux broiements. Des tractions soutenues mais prudentes permettent l'extraction de la tête. Le cordon qui forme un circulaire serré est sectionné. On éprouve quelques difficultés pour l'abaissement des épaules.

L'enfant de sexe masculin pèse 3.570 grammes sans matière cérébrale et sans le basiotribé.

On procède immédiatement à la délivrance artificielle suivie d'une injection et d'un tamponnement lâche du vagin à la gaze iodoformée.

Le placenta présente des altérations dues à des hémorragies récentes.

Il n'y a pas de lésions vulvo-périnéales.

La durée totale du travail a été de 31 heures environ.

Suites de couches. — Aussitôt après l'accouchement la température était de 38°2, le pouls à 120.

A 21 h. Dyspnée intense. On applique des ventouses et on fait une injection de morphine. Le pouls est rapide.

Toux et crachats spumeux.

Le 19 juin à 2 h. Dyspnée, agitation. Le pouls et la température montent ? Râles muqueux aux deux bases.

A 5 h. Temp : 37°8, pouls à 124. Respiration 30. Inhalation d'oxygène. La femme succombe dans la matinée.

Année 1899. Obs. 1070. — F., 28 ans. Entre à la salle de travail le 4 juin 1899 à 21 h.

I pare. D. R. du 13 au 16 août ; à terme.

Femme suivie pendant sa grossesse par un médecin en ville, qui aurait constaté une lésion cardiaque.

Début du travail : le 1^{er} juin.

Rupture des membranes : Précoce.

Présentation : Sommet.

Engagement : Tête bombant fortement dans l'excavation.

Position et variété : G. A.

Bassin : Normal.

Auscultation : Négative.

Les renseignements obtenus à l'admission de cette femme sont vagues. Elle serait en travail depuis le 1^{er} juin et assistée d'une sage-femme d'abord, puis d'un médecin.

Le 4 juin à 19 h., la femme a subitement une syncope. On lui fait une injection d'éther et on la transporte à la clinique.

A son arrivée à 21 h., son état est des plus graves.

La face et les extrémités sont cyanosées. La dyspnée est intense. Le pouls est incomptable à peine perceptible à la radiale. Temp. 37°4. Il y a un œdème considérable des membres inférieurs. Albumine ?

Ventre très distendu. H. U. 52 centimètres. Sonorité à la percussion. Crépitation emphysemateuse au palper. Au toucher dilatation complète. On sent la tête volumineuse, bien ossifiée, bombant fortement dans l'excavation en G. A. Il y a un chevauchement considérable et une énorme bosse séro-sanguine flasque. Liquide amniotique fétide. L'auscultation est négative.

On fait 40 cc. de sérum de Marmoreck, de l'éther et on décide d'évacuer l'utérus par une basiotripsie.

L'introduction du perforateur et la mise en place de deux branches se fait facilement. La tête n'est dégagée qu'après des longues tractions et bien soutenues. L'abaissement des épaules est difficile.

Pendant toute l'opération des gaz fétides s'échappent. La cavité utérine reste énorme et n'a aucune tendance à se rétracter. Des injections chaudes intra-ovulaires ne réveillent pas sa contractilité.

On pratique la délivrance artificielle immédiate.

On donne de l'oxygène en inhalation.

Mais la femme, à peine la délivrance terminée perd connaissance et succombe en 2 ou 3 minutes.

Le fœtus était mort, macéré.

La durée du travail a été de 4 jours.

Année 1901. Obs. 377. — Ch. 28 ans. Entre à la salle de travail le 26 février.

I pare D. R. du 12 au 14 mai 1900 ; à terme.

Albuminurie importante jusqu'à 5 gr.

Début du travail : le 26 février.

Rupture des membranes : Spontanée précoce, le 27/2 à 3 heures.

Présentation : Sommet.

Engagement : Non effectué.

Position et variété : D. T.

Bassin : Petit.

Auscultation : Positive, foyer à droite.

A l'entrée de cette femme, à la salle de travail le 26 février, on fait les constatations suivantes :

Présentation du sommet, en D. T. Tête mobile. Enfant vivant. Col en voie d'effacement. Membranes intactes.

Dans la journée les contractions sont espacées.

A 20 heures la dilatation est comme 1 franc. Auscultation bonne.

A minuit elle est comme 2 fr.

Le 27 février à 3 heures les membranes se rompent spontanément.

Il s'écoule un liquide verdâtre abondant. Les bruits du cœur sont bons.

A 7 heure la dilatation est comme 5 francs. La tête est fixée.

On donne un bain d'une heure et on fait un tamponnement à la gaze iodoformée.

Rien de particulier dans la journée.

A 21 h. 15. Les bruits du cœur sont bons. Dilatation ?

On fait 30 cc. de sérum antistreptococcique.

Vers minuit les bruits du cœur se ralentissent et le 28 février à 4 h., cessent complètement. La dilatation est entre 5 fr. et petite paume de main.

A 4 h. 35 on pratique la basiotripsie. Extraction lente. La durée du travail a été de plus de 40 h.

Délivrance artificielle immédiate. Les membranes sont déchirées mais paraissent complètes.

Suites de couches : Pendant les 13 premiers jours, tout est normal, mais l'albumine persiste dans les urines.

Le 14^e jour point de côté brusque et violent. Dyspnée intense. Injection de morphine, ventouses. Temp. ?

Le 15^e jour : Temp. 38°. pouls 92. Râles à la base droite.

Le 16^e jour : état stationnaire.

Le 17^e jour : Temp. autour du 38°. Submatité à la base droite. Abolition du murmure vésiculaire. Souffle au sommet.

Le 18^e jour : Point de côté nouveau à gauche.

Le 19^e jour : Syncope. Oxygène. Injection d'éther, de caféine. La femme succombe.

Année 1908. Obs. 1075. — X, 26 ans. Entre à la salle de travail le 27 juin à 9 h.

I pare, D. R. du 9 au 15 septembre 1907. A terme.

Grossesse ayant évolué normalement. Présence d'albumine dans les urines : 1 gr.

Début du travail : Le 26 juin à 8 h.

Rupture des membranes : Précocce.

Présentation : Céphalique < front >.

Engagement : Non effectué.

Position et variété : Dos à gauche

Bassin : Normal.

Auscultation : Négative peu après l'admission.

Le 26 juin à 8 h. apparaissent les premières contractions utérines douloureuses. Une sage-femme assiste la parturiente. Le travail avance lentement et le lendemain dans la matinée un médecin appelé en consultation, diagnostique une présentation de la face, tente 6 applications de forceps infructueuses et ce n'est qu'alors qu'il décide d'envoyer la femme à la clinique. A son entrée on fait les constatations suivantes : Facies pâle, lèvres cyanosées. Temp. : 38°1, pouls à 134. Etat général mauvais.

L'H. U. est de 38 centimètres.

Au palper on trouve, la tête en bas, le dos à gauche.

A l'auscultation on perçoit des bruits sourds.

La vulve et le périnée sont déchirés jusqu'au voisinage de l'anus.

Au toucher le vagin présente de nombreuses déchirures. Le front très œdématisé occupe le centre du D. S. Le nez est à gauche.

On donne une injection vaginale, un grand bain et on fait 40 cc. de sérum antistreptococcique.

Le 27 juin à 10 h. le fond de l'utérus, qui est dévié à gauche, s'est élevé de 5 centimètres. Il est sonore à la percussion. L'auscultation est négative.

L'état général est mauvais. Le pouls est à 136, faible, temp. : ?

On décide d'évacuer l'utérus sans tarder, par une basiotripsie.

Après anesthésie, on introduit le perforateur au niveau de l'œil antérieur. Mise en place de deux branches, aux deux extrémités du diamètre transverse et broiements successifs.

Des tractions lentes et soutenues sont exercées, mais la tête ne descend pas et l'appareil dérape.

Une seconde prise, plus solide, permet l'extraction facile d'un fœtus de sexe masculin pesant 4500 gr. sans matière cérébrale et sans basiotriebe.

Il s'écoule un liquide épais et fétide.

Délivrance artificielle immédiate.

La durée totale du travail a été de 25 h. environ.

La revision de la cavité utérine ne montre rien de particulier, par contre le col présente des déchirures peu étendues, ainsi que le vagin.

Vu l'état de la femme, on ne fait pas de suture immédiate, mais seulement un tamponnement vaginal.

Suites de couches. — Aussitôt après la délivrance le pouls s'élève, il est filiforme, incomptable. On fait 1500 gr. de sérum physiologique, des piqûres de caféine, d'éther, d'huile camphrée. On combat la dyspnée par les inhalations d'oxygène. L'état général se relève.

A 18 h. le pouls oscille entre 130 et 160. Temp. : 38°. La femme est agitée pendant toute la nuit

Il y a du météorisme considérable.

Le 28 juin le matin, p. 130, temp. : 37° La femme est calme, le ventre est ballonné. Emission de 500 gr. d'urines en 24 h.

A 16 h., temp. : 37°6, pouls à 130. On fait 80 gr. de sérum antistreptococcique et 500 gr. de sérum physiologique.

On donne un lavement qui ne ramène rien.

Le 29 juin on institue l'irrigation continue.

A 14 h. : temp. : 39°. pouls : 124, agitation extrême.

La femme succombe.

L'autopsie a montré un utérus intact. Par contre les déchirures du vagin étaient plus étendues et l'une d'elles atteignait le rectum.

Année 1908. Obs. 1953. — B..., 25 ans, ménagère. Entre à la salle de travail le 16 novembre 1908.

I pare D. R. du 20 au 24 janvier, à terme.

La grossesse semble avoir évolué normalement. Pas d'albumine dans les urines.

Rupture des membranes : Spontanée prématurée le 13 novembre à 18 heures.

Début du travail : le 13 novembre à 18 h. 30.

Présentation : Sommet.

Engagement : Effectué.

Position et variété : G. A.

Bassin : Diamètre P. s. P. mesuré après la mort 10.5.

Auscultation : Nulle à l'entrée.

Femme admise le 13 novembre 1908 à 18 heures à l'hôpital de Clermont (Oise), pour rupture prématurée des membranes. 30 minutes après apparaissent les premières contractions utérines douloureuses. Pendant les journées des 13 et 14 les douleurs auraient été régulières et énergiques.

Le 15 les contractions semblent s'arrêter complètement et le travail n'avance plus. La femme dit ne plus sentir remuer.

Le 16 novembre à 8 heures. Le travail restant toujours stationnaire, le médecin et la sage-femme de l'hôpital décide d'envoyer la femme dans une maternité à Paris.

A son admission au service à 11 heures, on fait les constatations suivantes : Temp. 37°5, pouls 132.

Utérus complètement dévié à gauche. A droite des anses intestinales distendues se dessinent sous la peau, formant une véritable tumeur-gazeuse. A gauche et en bas sur la zone utérine on perçoit des bruits sourds et lointains isochrones au pouls maternel.

Au toucher l'orifice est dilaté comme une grande paume de main, la tête est engagée. Une nouvelle auscultation attentive démontre que les bruits perçus sont des bruits maternels et on décide de pratiquer une basiotripsie. L'introduction du perforateur et de deux branches est facile. Par des tractions lentes et soutenues on dégage la tête. Le tronc vient facilement. Il s'écoule un liquide fétide.

Enfant de sexe masculin pesant 3350 gr.

On fait la délivrance artificielle immédiate.

Les membranes sont déchirées. Placenta 580 gr.

Suites de couches.

A 23 h. 30 la femme a un frisson qui dure 10 m. Le pouls monte à 160, temp. : 39°5. On réchauffe la femme et on fait 80 cc. de sérum antistreptococcique. Deux anses intestinales se dessinent sous la paroi abdominale. Pose d'une sonde rectale. Sérum physiologique : 400 cc.

Le 17 novembre la femme est calme. Temp : 37°5. Lavement purgatif.

Le 18 novembre : Météorisme très marqué. Langue sale. Dyspnée, épistaxis. Temp. 39°4, pouls : 160. Une injection ramène quelques débris noirâtres très fétides.

A 17 h., frisson, temp. : 39°2.

Le 19 novembre : Météorisme. Vomissements répétés, temp. : ?

A minuit perte de connaissance.

Le 20 novembre à 2 h. vomissements noirâtres. La femme succombe.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale il s'écoule une petite quantité de liquide louche citrin contenant quelques flocons de pus. Anses intestinales distendues. Utérus mou légèrement tordu sur son axe, intact. Léger épanchement péricardique.

Année 1909. Obs. 1821. — M., 44 ans; ménagère. Entre le 9 novembre 1909.

I pare. D. R. du 10 au 16 janvier. A terme.

La grossesse semble avoir évolué normalement. Pas d'albumine dans les urines.

Début du travail : le 8 novembre 1909 à 8 h.

Rupture des membranes : Précoce.

Présentation : Siège complet.

Engagement.

Position et variété : S. I. G. T.

Bassin : Normal.

Auscultation : Bonne.

La femme ressent les premières contractions utérines douloureuses le 8 novembre à 23 h. et arrive à la clinique le 9 novembre à 2 h.

Présentation du siège complet en S. I. G. T. Dilatation un peu moins de 50 centimes. Poche des eaux tendues. On n'arrive sur aucune partie fœtale.

Dans la journée rien de particulier. Le travail avance très lentement.

A 18 h., la dilatation est comme un franc. Les bruits du cœur sont bons. Dans la nuit du 9 au 10 les contractions sont rares.

Le 10 novembre à 8 h. la dilatation est comme 2 fr. la poche des eaux rompue. L'auscultation est positive. Les contractions peu fréquentes.

A 10 h. : dilatation comme 5 fr. Sur conseil de M. Pinard,

on pose un ballon de 350 gr. dans le vagin. On le retire à 13 h. 30. La dilatation est comme une petite paume. Les bruits du cœur sont bons.

A 14 h. l'orifice revient sur lui-même. La dilatation n'est plus que de 5 fr. Les bruits du cœur se ralentissent à 120, puis 108 et enfin 5 minutes après disparaissent complètement.

Le siège quoique un peu descendu n'appuie pas sur l'orifice, qui revient sur lui-même encore. La dilatation n'est plus que de 2 fr. On donne une injection vaginale toutes les 2 heures.

Le 11 novembre à 8 h. H. U. 37 centimètres. Temp. : 37°8, pouls : 88.

La dilatation est de 5 fr. Les bords de l'orifice sont souples.

A midi : H. U. 38 centimètres. Temp. : 37°2. Contractions rares

A 20 h. : temp. : 37°6, pouls à 84.

A minuit : temp. : 38°2, pouls à 96.

Le 12 novembre à 2 h. : agitation violente. C'est difficilement qu'on arrive à maintenir la femme dans son lit.

A 8 heures, la dilatation est un peu plus de 5 francs. Les bords de l'orifice sont souples et minces. Les contractions sont espacées. Le liquide amniotique est fétide. On fait 40 cc. de sérum antistreptococcique.

A 15 h., on décide d'évacuer l'utérus sous-anesthésie.

La dilatation est ? On va à la recherche du pied antérieur, qu'on saisit et abaisse et on exerce des tractions soutenues.

La fesse postérieure et la hanche se dégagent sans difficultés, puis le tronc. On abaisse prudemment les bras.

La tête est orientée en G. T. On tente la manœuvre de Mauriceau, qui reste infructueuse la flexion ne se faisant pas. On fait alors une basiotripsie. Sur la tête dernière.

On introduit le perforateur au-dessous de l'occiput. Puis la petite branche à l'extrémité du diamètre transverse. Petit broiement difficile. La branche droite est impossible à introduire, le col bride complètement le menton.

Mais le petit broiement a réduit suffisamment la tête pour permettre son extraction. Il s'écoule du liquide fétide. Délivrance artificielle immédiate suivie d'une injection intra-utérine prolongée.

Durée totale du travail, 100 h. environ.

Suites de couches. — Le 12 novembre. Bon état général ; on fait 80 cc. de sérum antistreptococcique.

Le 13 novembre. Point de côté à droite. Dyspnée intense. Ventouses sèches. 80 cc. de sérum antistreptococcique.

Le 14 novembre : Le soir, temp. 37°6. Bon état général ; position à l'acétate d'ammoniaque. 80 cc. de sérum antistrepto.

Le 15 novembre : temp. matin 37°8, le soir 37°7.

Le 16 novembre : temp. le matin 37°8, le soir 39°5. pouls 116 après frisson. La respiration est fréquente. Le ventre ballonné.

Le 17 novembre. Temp. le matin 37°5, le soir 38°4. Le météorisme a disparu. La dyspnée persiste, à l'auscultation râles sous-crépitants. Lochies fétides sanguinolentes.

Cet état se maintient avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, jusqu'au 5 décembre à midi. La femme succombe brusquement.

Année 1919. Obs. 1096. — M., 33 ans, typographe. Entre au dortoir le 10 juillet.

I pare D. R. du 13 au 19 novembre ; 7 mois.

La grossesse a évolué normalement jusqu'au 10 juillet, à cette date la femme a présenté des pertes de sang et elle vient à la consultation, où elle est admise au dortoir.

Présentation du siège non engagé.

Bassin : normal.

Auscultation : positive.

H. U. 33 centimètres. Le col est déhiscent.

Dans la nuit du 13 au 14 juillet, l'hémorragie se renouvelle.

Le 17 juillet elle expulse des caillots. Le facies est plus pâle qu'auparavant. Tachycardie au moindre effort. L'auscultation du cœur révèle un souffle à la pointe, mais qui ne se propage pas. L'examen du sang montre 2.900.000 globules rouges. Lé. gère polynucléose.

Le 20 juillet : hémorragie abondante. Le pouls est à 100. On fait du sérum physiologique, de l'huile camphrée Repos L'enfant est vivant. L'évolution de la présentation est accomplie, mais la tête n'est pas engagée.

L'hémorragie se renouvelle, mais beaucoup moins abondante le 1^{er} et le 12 août.

Le 7 septembre : la femme présente une hémorragie, soudaine, indolore et abondante (620 gr). On la transporte à la salle de travail. On constate que le col est perméable Le pouls est à 100 régulier, bien frappé, la femme est pâle, plus du fait des hémorragies antérieures. Pas de contractions utérines.

On déchire largement les membranes et on se dispose à poser un ballon, mais on doit renoncer, n'ayant pas le matériel nécessaire.

La femme continuant à perdre et l'auscultation étant négative, on décide d'évacuer l'utérus par une basiotripsie à une dilatation suffisante.

A une dilatation de 5 fr., le col étant souple, on fait une 1^{re} application assez difficile par l'étroitesse de l'orifice.

Des tractions soutenues sont exercées, la tête descend, mais l'appareil dérape. Néanmoins l'hémorragie est arrêtée, car la tête appuie sur le placenta.

On fait une 2^e prise plus solide et on arrive à extraire la tête sans lésion aucune du col.

L'enfant pèse 2650 gr. sans matière cérébrale.

On pratique immédiatement la délivrance artificielle. Le placenta était bas inséré. Poids 450 gr.

On donne une injection aniodolée à 50° prolongée.

L'utérus se rétracte insuffisamment et continue à saigner.

On fait de l'ergotine, 1500 gr. de sérum physiologique, de l'adrénaline, etc.

La femme est agitée et dyspnéique. Elle succombe à 13 h. 15.

Année 1920. Obs. 1951. — B., 40 ans, ménagère. Entre à la salle de travail le 8 novembre.

II pare. En 1919, fausse couche de 2 mois 1/2.

Grossesse actuelle.

D. R. du 2 au 3 janvier, à terme

Grossesse ayant évolué normalement. Présente des traces d'albumine dans les urines.

Début du travail : le 3 novembre à 2 h. chez elle.

Rupture des membranes : Précoce.

Présentation : Sommet.

Engagement : Effectué à son entrée au service.

Position et variété : G. A.

Bassin ?

Auscultation : Nulle.

Les premières contractions utérines douloureuses apparaissent le 3 novembre à 2 h. Pendant toute la journée les douleurs sont fréquentes. Le col reste long.

Le 4 et 5 novembre : Le travail avance très lentement. Les douleurs sont moins régulières. La tête reste haute et mobile.

Le 6 novembre à 8 h. : La dilatation est de 1 fr. Les membranes se rompent spontanément. Liquide amniotique jaune verdâtre, Bruits du cœur bons.

Le 7 novembre : L'état reste à peu près stationnaire.

A 14 h. 30 la dilatation est entre 2 et 5 francs La tête paraît s'engager. Les bruits du cœur sont perçus mais irréguliers. A ce moment la femme éprouve un grand frisson prolongé, succédant à une douleur vive de la base thoracique gauche, le pouls monte à 130, temp ?

A 18 h. on place un dilatateur à 3 branches la dilatation étant de 5 fr. On le laisse en place pendant 3 h. environ.

A 21 h. la dilatation est presque complète. On ne perçoit plus les bruits du cœur. La femme pousse, mais les douleurs s'espacent peu à peu. Temp. : 37°4, pouls 140.

A 22 h. il se produit un grand frisson. On transporte la femme à la clinique.

Le 8 novembre à 3 h. : H. U. 38 cent. Langue un peu sèche. Pouls à 120. Temp. ?

L'utérus est globuleux et ne permet pas de préciser la situation du fœtus.

A la percussion sonorité marquée sur toute la partie supérieure de l'utérus.

Au toucher on constate de l'œdème important des parties molle. La tête est engagée avec bosse séro-sanguine volumineuse. Auscultation négative.

Le bassin paraît normal ?

On procède à la basiotripsie.

Introduction du perforateur et mise en place de deux branches successives. Broiements. L'extraction est laborieuse. Les épaules sont abaissées au crochet. Il s'écoule un liquide très fétide. Enfant du sexe masculin pesant 2610 gr. Délivrance artificielle immédiate. Injection intra utérine. Placenta 300 gr.

Durée totale du travail : 125 h.

Suites de couches : Le 9 novembre, temp. 36°8 le matin, 37°2 le soir. Incontinence d'urine. Sérum antistrepto. 80 cc. Huile camphrée.

Le 10 novembre : Temp. 37°2 le matin, 37°6 le soir. Météorisme. On fait un abcès de fixation, 80 cc. de sérum anti-treptococcique.

Le 11 novembre : Temp. 37°9 le matin, 37°2 le soir. État stationnaire.

Le 12 novembre : La femme succombe à 13 h.

Année 1922. Obs. 342. — B., 27 ans. Entre à la salle de travail le 5 mars à 15 h. 15.

I pare. D. R. du 12 au 16 mai 1921. Près du terme.

Début du travail : le 4 mars à 6 h.

Rupture des membranes : Spontanée précoce.

Présentation : Extrémité céphalique débordante.

Engagement : Non effectué.

Position et variété. Dos à gauche.

Bassin : Généralement rétréci, canaliculé, promontoir à 9.3 très élevé.

Auscultation : Négative à l'entrée au service.

Femme de petite taille 1 m. 45. Rachitisme très marqué. Elle a été amenée à la clinique le 5 mars à 15 h. 15 dans un état extrêmement grave.

Les 1^{res} contractions utérines auraient apparu le 4 mars à 6 h.

Le 5 mars à 8 h. : Rupture spontanée des membranes. La sage-femme, qui assiste la parturiente constatant que le travail avance lentement fait appeler un médecin en consultation. Celui-ci de 9 h. à 13 h. fait plusieurs tentatives infructueuses de forceps et enfin envoie la femme à la clinique. A son entrée on constate :

Etat grave. Facies décoloré, nez pincé, yeux excavés. Le pouls est imperceptible. Temp. 37°7. Pas d'hémorragie. La femme se plaint de douleurs dans le bas-ventre et dit qu'elle a saigné beaucoup pendant les interventions en ville.

H. U. 34 cent. L'utérus de consistance normale est antéversé. L'auscultation est négative. La tête est mobile au-dessus du D. S. mais d'aplomb. Elle paraît volumineuse et débordante. Au toucher le col est déchiqueté. Il présente une déchirure à droite et en arrière peu étendue et une autre en avant et à gauche se continuant dans le cul-de sac.

Volumineuse bosse séro sanguine. Promontoir très élevé à 9.3. Sacrum en hameçon. Lignes innominées suivies sur toute leur étendue. (On fait de l'huile camphrée et du sérum physiologique).

L'état général s'améliore légèrement. Pouls perceptible à 120.

Après anesthésie au chloroforme on pratique la basiotripsie. La perforation et les broiements successifs se font normalement, mais l'extraction est pénible.

Enfant du sexe féminin pesant 3.500 gr. sans matière cérébrale.

La prise a été correcte. Pas de lésions périnéo-vulvaires. Brusquement il s'écoule du sang noirâtre en très grande quantité. Etat alarmant.

L'anesthésie a été supprimée dès le milieu de l'intervention. On pratique la délivrance artificielle immédiate.

La femme succombe sans avoir repris connaissance.

Autopsie : Le corps utérin était intact. La déchirure antéro-latérale du col se prolongeait jusqu'au cul-de-sac.

Année 1922. Obs. 421. — I, 34 ans, ménagère. Entre à la salle de travail le 19 mars

II^e pare. 1^{re} grossesse en 1920. Accouchement terminé par application de forceps.

Grossesse actuelle.

D. R. du 25 au 31 mai 1921 à terme.

Admise au dortoir le 22 février pour bassin vicié et tête mobile au D. S.

Rupture des membranes : Spontanée prématurée le 19 mars à 1 h.

Début du travail : le 19 mars à 12 h.

Présentation : tête tendant à fuir dans la fosse iliaque gauche.

Engagement : Non effectué. Dos à gauche.

Bassin : Promontoir accessible à 10.3.

Auscultation : Positive.

Le 19 mars dans la journée les contractions utérines sont rares.

Le 20 mars à 2 h. : Contractions irrégulières. La tête se fixe, mais elle est mal fléchie. La dilatation est comme 1 fr.

À 10 h. Les contractions utérines sont plus énergiques. Les bruits du cœur sont bons.

À 18 h. dilatation comme une petite paume. Grosse bosse séro-sanguine. Temp. 38°1. Les bruits du cœur fœtal sont un peu modifiés, tantôt accélérés, tantôt ralentis.

Liquide amniotique opalescent.

À 21 h. même dilatation. La bosse séro-sanguine est énorme.

La tête est bien fixée plongeant au moment des contractions.

Les bruits du cœur sont très rapides.

Le 21 mars à 1 h. La tête ne semble pas avancer, auscultation bonne.

À 9 h. La femme a des douleurs plus fréquentes. Au palper la tête semble plus descendue dans le petit bassin. La dilatation est comme une grande paume de main.

Bruits du cœur bons.

À 13 h. 30. Il s'écoule du liquide en assez grande quantité fortement teinté et très odorant. Les bruits du cœur se sont de nouveau modifiés, tantôt rapides 150 à 160, tantôt ralentis à 100.

À 18 h. La dilatation est complète. Bruits du cœur à 150.

La femme fait des efforts d'expulsion

À 19 h. La tête est toujours élevée. Liquide amniotique café au lait, fétide. Il y a du météorisme abdominal. On pose une sonde rectale.

À 21 h. 15. La tête progresse très lentement. La bosse séro-sanguine est énorme. En pratiquant le toucher manuel, on constate une présentation du front et on reconnaît en même temps l'existence d'un circulaire autour du cou.

Le cordon est animé de battements. On fait deux tentatives de forceps infructueuses. L'auscultation devient négative. D'autre part le cordon ne présente plus de battements. On décide la basiotripsie.

Après anesthésie au chloroforme, on introduit le perfora-

teur au niveau du frontal. Mise en place de deux branches et broiements faciles. L'extraction se fait sans difficultés.

On donne une injection intra-ovulaire et on pratique la délivrance artificielle.

60 cc. de sérum antistreptococcique. 10 cc. d'huile camphrée.

Glace sur le ventre.

Le poids de l'enfant était de 2950, gr. celui du placenta de 750 gr.

La durée totale du travail a été de 57 h.

Suites de couches : aussitôt après l'intervention, temp. 37°8, pouls 130.

Le 22 mars : Temp. normale. Utérus bien contracté :

Le 23 mars : Ventre ballonné. Temp. normale. 60 cc. de sérum antistreptococcique.

Le 24 temp. normale, rien de particulier.

Le 25 mars à 4 h. frisson. Temp. 40°8, pouls à 160.

Sondage de la vessie. Purgation : 0 gr. 50 d'urotropine; Injection à la liqueur de Labarraque.

Le 26 mars. Frissons répétés. Temp, autour de 40°.

Le 27 mars. Même état ; on fait des sondages deux fois par jour.

Le 1^{er} avril la température baisse.

Le 6 avril on supprime la glace. La température revient à la normale.

Le 16 avril. Frissons répétés. Temp. 40, pouls 140.

On recommence la glace, urotropine, etc.

Alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Le 2 mai. Signes de pleurésie.

Le 3 mai. Une ponction donne un liquide louche.

Un examen montre : Polynucléaires nombreux non altérés. Pas de germes visibles.

La culture montre du streptocoque en grande abondance.

L'examen du poumon droit donne de la submatité et quelques râles.

On fait du sérum antistreptococcique intrapleurale.

La température reste élevée.

Le 11 mai la température tombe, mais la dyspnée est plus grande.

Le 16 mai le liquide prend des caractères hémorragiques.

L'asthénie augmente. La température est irrégulière. La femme succombe le 25 mai.

Année 1922. Obs. 834. — I., 32 ans. Employée. Entre à la salle de travail le 10 juin.

I pare. D. R. du 23 au 28 août à terme.

Femme suivie pendant sa grossesse à la clinique.

Pas d'albumine dans les urines mais la femme présente une infiltration œdémateuse des membres supérieurs et inférieurs, qui donne l'impression d'un épaissement pachydermique. Le corps thyroïde est un peu plus développé qu'à l'état normal. Dans son histoire on ne retrouve aucun trouble de la fonction ovarienne.

Début du travail : le 9 juin à 17 h.

Rupture des membranes : spontanée précoce.

Présentation : Extrémité céphalique.

Engagement : non effectué.

Position et variété : Dos à gauche.

Bassin : Promontoir accessible, mais bonne concavité sacrée.

Auscultation positive.

Le 10 juin à son entrée au service à 18 h. 30 la dilatation est comme 5 fr. Les contractions sont fréquentes.

Les bruits du cœur sont bons.

A 23 h. Etat stationnaire.

Le 11 juin à 2 h. Même état. Bruits du cœur bons.

A 14 h. Rupture des membranes, le liquide est teinté

Auscultation positive.

A 17 h. Etat toujours stationnaire.

Le 12 juin à 8 h. Les contractions sont régulières, les bruits du cœur sont bons.

A 16 h. 15 La tête semble bien descendre. Les bruits du cœur sont réguliers à 140. La dilatation est comme 5 fr.

Le col est un peu infiltré mais souple. Il y a une petite bosse séro sanguine. Liquide amniotique fétide fortement teinté de méconium. Temp. 38°5, pouls à 100. Contractions utérines assez fréquentes. On fait 30 cc. de sérum antistreptococcique.

On donne 1gr. 50 de sulfate de quinine en trois fois.

A 23 h. les bruits du cœur sont perçus.

Le 13 juin à 0 h. 30 douleurs moins fréquentes et moins longues. Temp. 38°9, pouls à 110. Bruits du cœur bons.

A 7 h. 30. Temp. 38°6. Liquide fétide on ne perçoit plus les bruits du cœur. Utérus sonore.

A 9 h. la dilatation étant comme une petite paume on décide de pratiquer une basiotripsie.

Après anesthésie au chloroforme on met en place les deux branches et on exécute les deux broiements.

Par des tractions lentes on arrive à extraire la tête sans léser le col. Légère dystocie des épaules.

Enfant du sexe masculin pesant 3270 gr.

Délivrance artificielle, placenta : 700 gr. Les membranes sont déchirées. On donne une injection anidolée prolongée.

Suites de couches. 13 juin Glace sur le ventre. Bouillie lactique sur la vulve. Sonde rectale à demeure. 60 cc. de sérum antistreptococcique. Temp. normale.

Le 14 juin. Temp. normale. On continue le sérum antistreptococcique.

Le 15 juin. Temp. le mat. 38°4, le soir 38°6. Cathétérisme vésical, 0 gr 10 d'extrait d'hypophyse en deux fois. Sérum antistreptococcique.

Le 16 juin. Temp. 39°4 le matin, 40° le soir. Même traitement.

Le 17 juin. Temp. le matin 39°2, le soir 39°8.

Le 18 juin. Temp. le mat. 37°6. le soir 37° dyspnée. Pouls irrégulier à 110 mal frappé. 10 cc. d'huile camphrée. Météorisme.

Le 17 juin à 2 h. Le pouls est incomptable, la malade tombe dans le coma. Elle succombe en peu de temps.

Année 1923. Obs. 908. — H. 32 ans, ménagère. Entre le 11 juillet.

III^e pare. Le premier accouchement a été terminé par une application de forceps pour modification des bruits du cœur. Le 2^e accouchement a été spontané.

Grossesse actuelle.

D. R. aux environs du 2 août 1922 à terme.

La grossesse a évolué normalement. Pas d'albumine dans les urines.

Le 5 juillet les membranes se rompent spontanément, la femme vient au service le 11 juillet à 10 h.

Présentation de l'extrémité céphalique.

Engagement : non effectué, mais la tête est fixée.

Position et variété : dos à gauche.

Bassin : normal.

Auscultation : bruits du cœur non perçus.

Le liquide amniotique est épais, couleur café au lait.

Pas de contractions utérines douloureuses. Le col mou, dilatable comme 50 centimes.

Temp. : 37°8. A midi après un frisson, la température monte à 39°5.

La femme est transportée à l'isolement où on pose un ballon de Champetier de 500 gr. sous-anesthésie.

En repoussant la tête pour poser le ballon une quantité de liquide purée de pois s'échappe ainsi que des gaz fétides, à 16 h. par des contractions utérines. Le fond de l'utérus est sonore. Le ballon est un peu descendu, la dilatation est à peu près comme 5 fr. On décide de pratiquer sans plus attendre la basiotripsie.

Après anesthésie à l'éther on introduit le perforateur et les deux branches. L'opération est facile. L'extraction se fait lentement. Enfant du sexe masculin pesant 2960 gr.

Délivrance artificielle immédiate, le placenta pèse 250 gr.

Il y a une déchirure du col mais peu étendue.

A 18 h. 30 le poulx de la femme devient filiforme, petit

La respiration s'accélère, les extrémités se refroidissent.

Le ventre est souple, l'utérus bien rétracté.

On réchauffe la femme, on fait de l'huile camphrée, de la caféine, du sérum physiologique.

Le poulx s'améliore légèrement, mais à 22 h., il devient de nouveau filant incomptable et la femme succombe brusquement.

Année 1925. Obs. 997. — L..., 30 ans. Entre à la salle de travail le 12 juin à 8 h.

I pare, D. R. du 18 au 21 août, au cours du 9^e mois.

Femme admise au dortoir le 2 avril pour présentation du siège. On fait une version externe et on maintient la tête.

Début du travail : 13 juin à 2 heures.

Présentation. Sommet, moyennement fléchi. Engagement Non effectué.

Position et variété.

Bassin : promontoir à 106 cent. face antérieure du sacrum inaccessible. Lignes innominées suivies sans difficulté. Epines sciatiques très rapprochées.

Le 13 juin la femme perd les eaux. Liquide amniotique légèrement teinté. Bruits du cœur bons. Le col s'efface.

Le 13 juin la parturiente a eu quelques douleurs dans la nuit. La dilatation est comme 50 centimes. On fait 30 cc. de sérum antitreptococcique.

Le 14 juin à 9 h., la dilatation est de 5 fr. à peine. Les bords de l'orifice sont épais. Les bruits du cœur sont bons.

Pas de contractions utérines. Temp. : 37°5.

A 16 h. Dilatation stationnaire. Le col est un peu moins

souple. Auscultation positive Temp. 33 : pouls à 126. Utérus sonore.

A 22 h. Les bruits du cœur sont entre 120 et 130.

Le 15 juin à 10 h. La dilatation est un peu plus grande qu'une pièce de 5 fr. La tête se trouve dans la partie haute de l'excavation. Les bruits du cœur sont rapides.

M. Couvelaire conseille de terminer rapidement l'accouchement par une application de forceps après incision du col.

Après anesthésie au chloroforme, on incise le col en avant et en arrière sur la ligne médiane et sous le contrôle du doigt. Application de forceps en prise symétrique pariéto-malaire. Il s'échappe un liquide et des gaz fétides.

Les tractions sur le forceps font descendre la tête légèrement, mais elle remonte aussitôt. Le forceps dérape. On fait deux nouvelles applications sans résultat.

Le col est cependant assez dilaté grâce aux incisions,

Une exploration manuelle, montre qu'il existe au niveau du cou un anneau de contracture épais et serré. C'est cet obstacle qui fait que la tête remonte dès que les tractions cessent.

Les bruits du cœur ne sont plus perçus depuis la première application de forceps. On décide de pratiquer une basiotripsie.

Perforation du pariétal droit un peu en avant de la fontanelle postérieure. Mise en place de deux branches et broiement successifs. La réduction est imparfaite, mais des tractions sur le basiotribe permettent d'amener la tête à la vulve. Mais tous les efforts pour abaisser les épaules restent sans effet étant donné que l'obstacle persiste. On sectionne alors le cou et on abaisse le bras antérieur en fracturant l'humérus. L'épaule antérieure étant ainsi dégagée, le reste du fœtus vient facilement.

Délivrance artificielle immédiate. Revision manuelle de l'utérus, qui est intacte. L'incision postérieure du col semble avoir atteint l'insertion vaginale.

Des valves sont placées pour vérifier l'état du col.

A ce moment il se produit une hémorragie très abondante.

L'utérus paraît mou et gros.

La main introduite dans la cavité utérine ne réveille pas sa contractilité.

On fait un tamponnement intra-utérin et 1 cc. d'ergotine.

L'utérus se rétracte, l'hémorragie cesse. On réchauffe la femme, sérum glucosé, huile camphrée, adrénaline, etc., pouls : 130. Ventre souple.

La dystocie semble être due non pas au promontoir mais à l'anneau de contracture.

L'état de la femme reste stationnaire jusqu'à 16 h. pouls à 124; temp. : 38°9, état satisfaisant. Mais brusquement à 16 h. 40' le pouls file, devient irrégulier, des syncopes se produisent.

Vomissements noirâtres. Etant donné que l'incision du col n'a pu être vérifiée, la possibilité d'une rupture utérine est envisagée et M. Portes décide une laparotomie.

A 17 h. après anesthésie légère, on pratique une laparotomie sous-ombilicale. Pas de sang dans l'abdomen. Utérus intact. Cependant étant donné les signes d'infection, l'hystérectomie supravaginale est décidée. Tamponnement à la Mickulicz.

Fermeture de la paroi aux fils d'argent, sérum glucosé 1500.gr.

Suites de couches. — L'état général qui s'était amélioré momentanément s'aggrave. A 17 h. pouls : irrégulier. Dyspnée. Pâleur de la face.

Hoquet à 18 h. Transfusion du sang.

A 21 h. L'état s'aggrave de plus en plus respiration stertoreuse.

A 23 h. la femme succombe.

CONCLUSIONS

1° Le nombre des basiotripsies par rapport au nombre d'accouchements a été à la Clinique Baudelocque, de 1891 à 1925, de 0,25 %.

2° La mortalité générale a été de 7 %.

3° Le pronostic d'une basiotripsie paraît dépendre avant tout de l'état de la femme au moment de l'intervention.

4° L'infection ou l'état d'anémie post-hémorragique paraissent être les deux éléments essentiels de gravité de cette opération, non seulement en raison de leur existence propre, mais parce qu'ils coexistent souvent avec des conditions défavorables de technique opératoire (en particulier avec des troubles de la contractilité utérine).

5° La mortalité de la basiotripsie dans les cas infectés atteint 15 %.

6° La mortalité dans les cas d'anémie grave est de l'ordre de 20 %.

7° L'évacuation de l'utérus dans ces cas défavorables, ne paraît pas comporter, pour la femme, moins de risques que l'évacuation par voie abdominale (hystérectomie ou extériorisation temporaire de l'utérus).

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	9
Etude statistique :	
<i>Chap. 1.</i> — Indications.....	11
<i>Chap. 2.</i> — Conditions cliniques pré-opératoires.....	17
<i>Chap. 3.</i> — Dédutions pratiques.....	30
Observations des cas terminés par la mort.....	34
Conclusions	61

1928. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.
